



英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司

團體保險要保書

1001007 友邦台字第 1000331 號函備查

1111001 友邦字第 1110700264 號函備查

- ◎ 免費服務及申訴專線：0800-012666，友邦人壽資訊公開說明文件依法登載於友邦人壽網站(www.aia.com.tw)供消費者查閱，消費者亦可至友邦人壽查閱下載或索取書面文件。
- ◎ 本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- ◎ 投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- ◎ 保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
- ◎ 本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。

保單號碼：_____ - _____

(由友邦人壽填寫)

壹、要保單位基本資料及要保事項(投保計劃內容詳團體保險計劃書)

要保人			
負責人		統一編號	
營業性質		職災編號	
住所 (登記地址)	郵遞區號 ()		
電話		電子郵件	
保險期間：自中華民國 年 月 日零時起至中華民國 年 月 日零時止。			
保險費繳納方式	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳		
保險費分攤方式	<input type="checkbox"/> 要保單位全額負擔 <input type="checkbox"/> 被保險人全額負擔 <input type="checkbox"/> 其他		
受益人	失能及醫療保險金受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更；惟各險種另有約定則依各險種契約條款約定。		
	身故或喪葬費用保險金受益人順位依被保險人指定之受益人如下： <input type="checkbox"/> 1. 被保險人之法定繼承人 <input type="checkbox"/> 2. 勞動基準法 59 條之受領順序 <input type="checkbox"/> 3. 其他 _____ <input type="checkbox"/> 同意另行提供被保險人之身故受益人聯絡地址及電話（詳如被保險人名冊所載）。 <input type="checkbox"/> 不同意提供身故受益人之聯絡地址及電話。 <small>(身故保險金受益人如係指定法定繼承人或為其他身分別之指定，及如有要保人或被保險人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據)</small>		

貳、約定事項

被保險人非因約定之保險事故而致保險契約終止時，本公司將按未經過日數比例計算將本契約該被保險人之未滿期保險費返還予要保人，本契約就該被保險人之效力即行終止。

參、聲明事項：

1. 本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2. 本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
3. 本人(被保險人、要保人)同意貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
4. 實支實付型傷害醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知貴公司者，同意貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。
5. 實支實付型醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知貴公司者，同意貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但貴公司應以「日額」方式給付。

肆、確認事項

保險業招攬人員已出示合格銷售資格證件，且要保人於填寫要保書時 已審閱 未審閱 貴公司所提供之「要保書填寫說明」、「保單條款樣本」及「投保人須知」。

業務員

(親簽)

業務員登錄證號

要保人(單位)簽章

負責人簽章

保經/保代簽署章

填寫日期：民國 年 月 日

【版本別：11110】

友邦人壽法人身分資訊聲明書

立書人即 _____ (下稱本公司)，
為配合 貴公司執行客戶身分確認，茲聲明並保證下列事項均據實填寫，且所提供證明文件均屬實並為最新有效者：

1. 本公司為合法設立於 _____ (註冊國) 之法人。

2. 無記名股票發行狀態(請擇一勾選)

- 本公司之章程皆未有得發行無記名股票之記載，故未發行任何無記名股票。
- 本公司之章程明定得發行無記名股票，但至今皆未發行無記名股票，且未來亦無發行無記名股票之計畫。
- 本公司之章程明定得發行無記名股票，本公司過去確曾發行無記名股票，但目前皆已無任何在外流通之無記名股票，未來亦無發行無記名股票之計畫。
- 本公司之章程明定得發行無記名股票，本公司過去確曾發行無記名股票，目前仍有在外流通之無記名股票，該在外流通之無記名股票達本公司已發行股份總數 _____ %，並提供本公司章程及無記名股票發行之相關資料。

3. 高階管理人員(高階管理人員之範圍包括董事、理事、監事、總經理、執行長、代表人、合夥人或相當於前述高階管理人員之自然人)共 _____ 人，相關資料如下:(超出 7 人者，請另填寫於「高階管理人員名冊」)

姓名	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
職稱							
出生日期							
國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他： _____

本公司瞭解並同意下列事項：

1. 本公司若有在外流通之無記名股票，應要求具控制權之無記名股票股東(即持有無記名股票達25%以上股東)，通知本公司登記身分，或於每次股東會後，向 貴公司更新實質受益人資訊，並提供持有無記名股票達25%以上股東之資料。但本公司因其他原因獲悉具控制權股東身分發生變動時，應即通知 貴公司。
2. 若上列聲明保證之事實有任何變動時，本公司應立即主動通知 貴公司，提供相關證明文件，並配合 貴公司要求辦理相關措施。相關必要措施經 貴公司確認無誤後，本公司同意立即提供本公司無記名股票發行之相關資料，並定期提供相關資訊供 貴公司查核。
3. 針對 貴公司定期或不定期寄發之「法人身分資訊聲明書」或其他包括相同目的之函文，倘本公司未於函文所載期限內為反對之意思表示，即視為已確認。

此致

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司

立書人： _____ (簽章)

統編/登記證號： _____ 日期： _____



團體保險業務員招攬報告書

※ 業務招攬保單時，應確認要保人(要保單位)與被保險人、被保險人與受益人之關係，並了解要保人(要保單位)與被保險人之投保目的及財務狀況，進而考量保單適合度，保險費、保險金額與保障需求間之適當性，並不得以理財、節稅作為招攬之主要訴求。

要保人(要保單位): _____

統一編號: _____

一、保人(要保單位)、被保險人投保動機： <input type="checkbox"/> 經業務人員推介後喚起需要 <input type="checkbox"/> 要保單位自覺需要向業務人員主動投保 <input type="checkbox"/> 其他要保單位介紹 <input type="checkbox"/> 續保件 <input type="checkbox"/> 法令規定 <input type="checkbox"/> 其他，請詳述 _____									
二、要保人(要保單位)購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
三、要保人(要保單位)、被保險人投保目的： <input type="checkbox"/> 提供員工/團體成員或其家屬適當保險保障 <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 其 他(請說明) _____									
四、要保人(要保單位)財務狀況： 營業項目/團體性質: _____ 資本額 /年營業額: _____ (非營利團體 如政府機構、學校、協會、基金會等，免填營業額)									
五、被保險人年收入： 甲、被保險人是否為要保人(要保單位)之員工/成員或其家屬。... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否， 如為「否」請詳述: _____ 乙、請填寫主要被保險人員工/成員之年收入(例. 負責人、經理人，或員工平均年收入) <input type="checkbox"/> 100 萬以下 <input type="checkbox"/> 100 萬(含)-200 萬 <input type="checkbox"/> 200 萬(含)以上									
六、要保人(要保單位)負責人資料： <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">負責人姓名</td> <td style="width: 33%;">出生日期</td> <td style="width: 34%;">國籍</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他: _____ </td> </tr> </table>				負責人姓名	出生日期	國籍		年 月 日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他: _____
負責人姓名	出生日期	國籍							
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他: _____							
七、業務員聲明事項 本人已確認要保人(要保單位)與被保險人/被保險人與受益人之關係及身分;核對被保險人所提供身分證明文件(身分證、護照、駕照或其他足資證明其身分之文件、資料或資訊)或予以紀錄;要保人(要保單位)針對被保險人之投保保額及保費之安排與其財務狀況並無明顯不相當情形;已要求要保人(要保單位)提供法人合格登記資格證照、代理人之合法證明(如:營業執照、其他設立或登記證照、規範及約束法人之章程或類似權力文件等)及控制要保人(要保單位)之實際受益人身份文件、資料或資訊,並確認與要保書無不符之情事。本報告書各欄均屬確實,特此聲明。									
業務員簽名		保經代 簽署人章							
業務員 登錄字號									
填寫日期 (民國)	年 月 日								